



N° d'affiliation :
N.I.S.S. :
Concerne

MUTATION INDIVIDUELLE (mod. 550)

• **DÉCLARATION À COMPLÉTER PAR LE TITULAIRE**

DEMANDE DE MUTATION AU :(1)

Attention : Vous pouvez annuler votre demande de mutation auprès de votre organisme assureur actuel jusqu'au dernier jour ouvrable précédant cette date.

<p>Affilié jusqu'à ce jour à : vignette d'identification ancien organisme assureur ou nom et adresse de cet organisme</p> <p>nom n° d'identification adresse et n° code postal et localité</p> <p>qualité (2)</p>	<p>Sollicite mon inscription auprès de :</p> <p>Solidaris Brabant Rue du Midi 111, 1000 Bruxelles fédération 306 – Solidaris Brabant</p>
--	--

DATE : SIGNATURE :

• **DÉCLARATION À COMPLÉTER PAR LA FÉDÉRATION DES MUTUALITÉS SOCIALISTES**

Le soussigné, délégué de Solidaris Brabant., déclare accepter cette inscription conformément aux dispositions légales.

NUMÉRO DU TITULAIRE :
DATE :
SIGNATURE :

Cachet de l'organisme assureur

• **DÉCLARATION À COMPLÉTER PAR L'ANCIEN ORGANISME ASSUREUR**

Le soussigné, délégué de l'organisme assureur ou de l'Office Régional, déclare accepter cette mutation conformément aux dispositions légales.

DATE :
SIGNATURE :

Cachet de l'organisme assureur

(1) 1er janvier, 1er avril, 1er juillet ou 1er octobre

(2) Indiquez s'il s'agit d'un salarié, d'un agent des services publics, d'un indépendant, d'un étudiant, d'un « titulaire registre national », d'un handicapé, d'un membre d'une communauté religieuse, d'une personne visée par une convention internationale, etc.